

# 受診結果報告書

\_\_\_\_年 組 番

\_\_\_\_生徒氏名

以下の通り、学校感染症の診断を受けましたので報告いたします。

診断名 ( \_\_\_\_\_ )

医師の指示による出席停止の期間

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ ) から \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_ ) まで

医療機関名及び所在地 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(医療機関による有料の書類は必要ありません。ご家庭での記入で結構です。)